LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : Antisepsie chirurgicale par propulsion d'agents divers (iodoforme, salol, etc.,) dans les plaies à l'aide du chlorure d'éthyle pur ou « Ipsilos ». Application de ce procédé à l'oblitération des cavités osseuses, par le Dr Paul Coudray, p. 97. — **Bibliographie** : Affection chirurgicale du tronc, p. 100. — Leçons de clinique médicale, p. 100. — **Académie des sciences** : *Séance du 6 février. — Présidence de M. Van Tieghem.* — La vie en un milieu confiné, p. 101. — Nouveaux faits relatifs à la résection sous-périostée du coude. Autopsie d'un coude réséqué totalement depuis vingt-huit ans et reconstitué en une néarthrose solide et énergiquement mobile ayant tous les caractères d'un ginglyme parfait, p. 102. — De la nature du sucre urinaire des diabétiques, p. 103. — **Academie de médecine** : *Séance du 14 février* 1899. — *Présidence de M. Panas*, p. 105. — Radiographie, p. 105. — Election, p. 105. — Remèdes secrets et nouveaux, p. 105. — Traitement de l'appendicite, p. 105. — Appendicite et grossesse, p. 105. — Gastro-entérostomie, p. 105. — Nouvelles méthode d'examen quantitatif et qualitatif des albuminoïdes, diastases, toxines, leucomaïnes, alcaloïdes, notamment ceux des urines, p. 175. — **Société médicale des Hopitaux** : *Séance du 10 février* 1899. — *Présidence de M. Raymond.* — Polyurie et hystérie, p. 106. — Lèpre ou syringomyélie, p. 106. — **Société française de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du 9 février* 1899. — Epithélioma lingual superficiel greffé sur une glossite gommeuse syphilitique phagédénique ; mort par hémorrhagie linguale, p. 106. — Prurigo gestationis, p. 106. — Tuberculides acnéiformes, p. 106. — Herpès cataménial. Erythème polymorphe récidivant. Lésions sanguines, p. 107. — Traitement des épithéliomas cutanés par la méthode de Cerny, p. 107. — Sur une érythrodermie prémicosique, p. 107. — Sur un cas de molluscum contagiosum confluent, p. 107. — Féminisme chez un géant, lié vraisemblablement à un développement anormal des veines pelviennes, p. 107. — **Société de médecine de Paris**: *Séance du 11 février* 1899. — *Présidende de M. Jullien*, p. 107. — Discussion sur la communication de M. Antonelli (stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis acquise, p. 108. — **Société médicale du VIe arrondissement** : *Séance du 27 décembre* 1899. — *Présidence de M. Valude*, p. 109. — **Jurisprudence médicale**, p. 110. — **Nouvelles**, p. 111. — **Index bibliographique**, p. 112.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Antisepsie chirurgicale par propulsion d'agents divers (iodoforme, salol, etc., dans les plaies à l'aide du chlorure d'éthyle pur ou « ipsilos ». Application de ce procédé à l'oblitération des cavités osseuses (1).

Par le Dr Paul COUDRAY

I. — *Antisepsie.*

La découverte de ce procédé appartient à M. Guilmeth de même que le coryl et coryleur, connus depuis quelques années et que M. JOUBERT a fait entrer dans la pratique comme moyen d'anesthésie locale par congélation en méthylant le chlorure d'éthyle (2). Dans l'ordre d'idées qui va nous occuper, il ne s'agit pas d'un mélange, mais de chlorure d'éthyle obtenu à l'état de pureté et désigné sous le nom d'Ipsilos, d'un mot grec qui signifie suprême, sublime. Au chlorure d'éthyle on mélange des substances antiseptiques variées, et, comme il bout à 10°, il suffit d'élever un peu sa température pour qu'il se transforme en gaz véhiculant et projetant l'agent antiseptique avec d'autant plus de force que cette température est plus élevée.

De l'*appareil* en lui-même, je ne dirai que deux mots ; il a été présenté le 2 février dernier à la Société de médecine et de chirurgie pratiques par M. Triollet qui est chargé d'assurer l'asepsie de tous les produits que j'emploie avec cet appareil. Il consiste ; 1° en un cylindre entouré d'une boîte métallique carrée, c'est « l'*ipsileuse* » ; 2° en une tige creuse vissée sur la pièce précédente, c'est l'appareil de pulvérisation ou *ipsileur*.

On peut par le mélange d'une foule de produits avec le chlorure d'éthyle (iodoforme, salol, lysol, etc.), obtenir une variété infinie d'ipsilènes, mais je ne m'occuperai ici que de l'*ipsilène iodoformé*, dont je me suis à peu près exclusivement servi et cela parce que jusqu'ici je ne connais pas d'agent meilleur ni plus maniable que l'iodoforme. J'ai d'abord expérimenté la pulvérisation de l'iodoforme seul : j'y ai rapidement renoncé à cause de l'odeur intense d'iodoforme renforcée par le fait de la pulvérisation. Faisant alors désodoriser l'iodoforme par un mélange avec l'eucalyptol, j'ai constaté, d'une manière évidente que l'odeur produite qui est surtout, au moment même, celle de l'eucalyptol est tout à fait supportable, surtout si, l'appareil manié avec précision, on ne se livre pas à une pulvérisation prodigue en dehors de la plaie qu'on a à traiter.

Examinons maintenant le *fonctionnement* de l'appareil. Autour du cylindre renfermant le chlorure d'éthyle existe un compartiment étanche destiné à recevoir de l'eau portée à une température plus ou moins élevée ou simplement de l'eau froide, suivant la force de propulsion qu'on désire obtenir.

On peut se servir simplement d'*eau froide*, à la température de 14° environ. Le chlorure d'éthyle bout à 10°, mais l'eau introduite perd peut-être 2 ou 3 degrés par son contact avec la boîte métallique, de telle sorte que la température réelle du chlorure d'éthyle se rapproche de beaucoup de son point d'ébullition ; aussi la projection est faible. On obtient ainsi un assez bon lavage et un dépôt satisfaisant de l'agent antiseptique. Cette manière de faire conviendra aux plaies simples, dans les cas de trajets étroits, et en particulier chez les

(1) Communication à la Société de médecine de Paris (*Séance du 11 février* 1899).
(2). Kirmisson. *Revue d'orthopédie*, 1894, p. 319.

malades pusillanimes pour qui la moindre sensation désagréable prend des proportions démesurées.

Mais lorsqu'on a affaire à des *plaies profondes*, à des trajets compliqués et anfractueux, il est nécessaire d'élever la température du chlorure d'éthyle pour obtenir une propulsion plus forte.

Nous avons porté cette température à 50 et 55°, suivant les indications fournies par des travaux antérieurs sur le chlorure d'éthyle Ipsilos, en particulier par M. d'Argent, professeur à l'Ecole dentaire de Paris et d'après lesquels on obtient une pulvérisation parfaite lorsqu'on emploie la température ci-dessus. Dans ces conditions, en effet, la pulvérisation est énergique, superbe, mais si elle se prête à une bonne anesthésie par congélation, elle provoque quelquefois dans les plaies des douleurs qui résultent en toute évidence de la trop grande pression du gaz. De plus, dans un cas, j'ai observé la congélation des bords d'un trajet, congélation toute passagère, (30 à 50 secondes), comme celle qu'on obtient en maniant le chlorure d'éthyle seul, mais dans l'espèce sans utilité. J'ai donc renoncé et très vite à l'emploi des hautes températures et partant des fortes pressions.

D'ailleurs, j'ai acquis la conviction qu'une température de 20 à 25°,c'est-à-dire celle de l'eau à peine tiède, suffit pour obtenir une pulvérisation assez forte, et qu'on a ainsi l'avantage de se mettre à l'abri des inconvénients que je viens de signaler.

Je procède de la manière suivante :

De l'eau à peine tiède placée dans l'appareil autour du cylindre, les drains retirés de la plaie ou n'y étant pas encore placés s'il s'agit d'une opération, j'introduis dans la plaie ou le trajet la canule aseptisée préalablement, puis cette canule est vissée fortement sur l'appareil pulvérisateur; pendant ce temps la canule est maintenue vigoureusement de manière à ce que sa pointe ne blesse quelque bourgeon. Dans les cas où la plaie ou le trajet siègent dans une région d'accès facile, je visse tout d'abord la canule à l'appareil pulvérisateur et j'introduis la canule ainsi fixée. On met en mouvement l'appareil *ipsileur* et le gaz s'échappe avec son bruit spécial; c'est à ce bruit et au bouillonnement produit dans la plaie qu'on juge de l'action produite; une application de 5 à 6 secondes est en général suffisante pour obtenir l'effet désiré.

Or, quel est cet effet? Prenons par exemple une plaie simple ou superficielle. Beaucoup plus efficacement que ne le fait un lavage avec un liquide quelconque, le gaz ipsilène véhiculant l'iodoforme nettoie la plaie, balayant le moindre exsudat, puis ce rôle mécanique terminé, il dépose son antiseptique en couche uniforme qui se fixe sur les parois de la plaie, y adhère et y pénètre même par le fait de la pression. La manière dont s'opère cette action est démontrée par l'expérience très simple que je fais devant vous; je projette sur une feuille de papier, sur une compresse, la composition, l'ipsilène iodoformé. Vous voyez l'iodoforme se déposer presque immédiatement et adhérer d'une manière intime à la compresse, à la feuille de papier; dans vingt-quatre heures et beaucoup plus, ce même fait d'adhérence intime persisterait.

A ce rôle mécanique de balayage des plaies par le gaz ipsilène s'ajoute évidemment un rôle chimique qui s'exerce en dissolvant les matières grasses et permettant peut-être ainsi la mise en liberté, le rejet du fond de certaines plaies ou trajets de productions inaptes à l'organisation.

C'est surtout en effet dans les plaies profondes ou trajets compliqués (hanche, colonne vertébrale) que le procédé trouvera sans doute son application la plus importante. La formule qui consiste à dire en face d'un trajet fistuleux : opérez, allez à la recherche de la lésion osseuse, quel que soit son siège et détruisez la lésion, cette formule, dis-je, est simple et séduisante dans la conception, mais en pratique, elle n'est pas toujours suivie de succès. En poursuivant un long trajet jusqu'à son origine vertébrale, par exemple, lorsque vous avez la chance d'arriver sur cette lésion — ce qui parfois offre des difficultés — vous faites un évidement vertébral plus ou moins complet, mais vous n'êtes pas sûr du tout d'avoir supprimé l'infection osseuse; la région osseuse voisine du foyer carié, ramolli, que vous avez détruit, est infectée aussi peut-être, et malgré tous vos soins, une fistule persistera, sans compter encore les chances d'infection secondaire du trajet. Ces mêmes considérations s'appliquent aux trajets fistuleux parfois complexes de la hanche ou de son voisinage. Sans doute nous avions déjà les solutions iodoformées et en particulier la glycérine iodoformée pour le traitement de ces trajets, mais le liquide n'y demeure pas; on est étonné de la petite quantité qu'on arrive à introduire dans de très grands trajets; cela explique comment ce moyen d'imprégation antiseptique — que j'ai largement utilisé pendant de longues années — n'a pas une aussi grande efficacité qu'on serait tenté de le croire tout d'abord.

Mettons notre *ipsilène iodoformé* dans un trajet ou une plaie aboutissant a un os profond. Comme nous l'avons déjà indiqué, il balaiera tout d'abord les exsudats non organisés, les parcelles ou membranes nécrotiques variées, sources d'infections. J'ai vu ce fait particulièrement évident dans deux cas; dans le premier il s'agissait d'une grande cavité de l'extrémité inférieure du fémur, dans l'autre de trajets aboutissant à un tibia ostéomyélitique. L'ipsilène a détaché et chassé de petites membranes ou produits nécrotiques sur lesquelles les lavages ordinaires au sublimé ou à l'acide phénique n'avaient eu aucune action. Ce balayage effectué, la canule placée au fond du trajet ou de la plaie projettera l'agent antiseptique sur le foyer osseux qui en sera fortement imprégné. L'action est continuée pendant qu'on retire progressivement la canule et ainsi les parois de la plaie reçoivent à leur tour la pulvérisation iodoformée.

Je suis d'avis de toujours placer dans ces sortes de plaies ou de trajets de *gros drains*, de manière à éviter le rétrécissement trop rapide de l'orifice cutané ; les drains se défendent en effet beaucoup mieux que la gaze iodoformée contre les empiètements du bourgeonnement périphérique. Puis, ces drains placés et reposant sur une pellicule iodoformée, j'introduis une nouvelle canule dans leur calibre pour les imprégner aussi de l'agent antiseptique, ce qui ne les oblitère en aucune manière.

D'après ce que je viens de dire, il semble que j'aie substitué complètement au lavage classique des plaies par liquides la pulvérisation dont je viens de parler. Dans la majorité des cas ce lavage-balayage suffit et je n'ai recours aux lavages ordinaires préalables que lorsque la plaie infectée fournit une assez grande quantité de pus.

Les plaies ainsi traitées *réactionnent* de la manière suivante : Par le fait de l'irritation produite à la fois par l'agent chimique et réfrigérant, on note un aspect plus franchement rouge, une hypergranulation et en même temps une hypersécrétion surtout séreuse ; voilà ce qu'on observe au pansement et quelquefois aux deux ou trois pansements suivants : mais très vite cette sécrétion diminue et se tarit.

Ce procédé de pulvérisation qui exalte évidemment le pouvoir antiseptique de l'iodoforme par l'état d'extrême ténuité sous lequel cet agent est projeté (ce qui est dû à son mélange avec l'eucalyptol), ce procédé, dis-je, expose-t-il à l'intoxication ? Je n'en ai observé aucun exemple dans les applications assez nombreuses que j'ai faites, et cela tient à ce que, en réalité, l'iodoforme est pulvérisé en pellicule extrêmement mince et qu'on a les plus grandes chances d'éviter cet ennui en employant les solutions à 5 ou 10 pour 100, ce qui me semble très suffisant pour une bonne antisepsie, Il va sans dire que si l'on avait affaire à une vaste surface d'absorption, il serait bon de diminuer encore le titre des solutions, mais ces considérations n'ont rien de très spécial au procédé en question.

Ce que j'ai observé deux fois, c'est un phénomène d'absorption très rapide, presque instantanée de l'eucalyptol, se manifestant par un goût désagréable dans la bouche, et persistant chez une malade pendant deux jours avec inappétence. Chez ces deux malades qui avaient reçu une pulvérisation avec pression forte et la dose de 15 p. 100 d'eucalyptol et d'iodoforme, j'ai réduit la dose de ces deux agents à 5 grammes chacun et le phénomène — qui est d'ailleurs bien connu — ne s'est pas reproduit.

J'en ai fini avec ce qui a trait à l'antisepsie par l'ipsilène iodoformé, dont *les indications* me semblent être : toutes les plaies infectées, toutes les plaies ou trajets en rapport avec des lésions osseuses de nature et d'origine infectieuse, qu'il s'agisse de plaies opératoires ou de vieux trajets. Ainsi qu'on l'a facilement compris, je n'ai nullement la prétention de vouloir appliquer le procédé en question au traitement des plaies aseptiques ou à réunion immédiate.

II. *Oblitération des cavités ossèuses.*

En possesion du procédé de pulvérisation des antiseptiques dont il vient d'être question, et après en avoir longuement étudié le maniement, j'ai pensé qu'en projetant par ce procédé dans une cavité osseuse préalablement aseptisée — aussi bien que possible — une substance osseuse de composition similaire à celle des os normaux, il ne serait pas impossible de combler cette cavité. Comme il est juste de rendre à chacun ce qui lui est dû, je dois dire que cette idée m'a semblé tout à fait réalisable à la suite d'une conversation que j'ai eue avec M. Guilmeth.

Toujours à la recherche de quelque découverte et sans savoir d'ailleurs où ses expériences pouvaient le conduire (car il n'est ni physiologiste, ni médecin), le très ingénieux M. Guilmeth m'a affirmé avoir provoqué des fractures chez des animaux et projeté, avec son procédé, de la substance osseuse sur les fragments ; or cette substance osseuse n'avait pas été rejetée, elle aurait fait corps avec les fragments et contribué à former un cal vigoureux. Il y a là à n'en pas douter des données très importantes qui pourront susciter des expériences utiles ; mais je reviens à mon sujet. J'avais précisément parmi mes malades un garçon porteur d'une grande cavité de l'extrémité inférieure du fémur ; cette cavité se trouvait en état d'aussi bonne asepsie que possible et je ne pouvais raisonnablement pas faire attendre pendant deux ou trois mois à ce malheureux garçon les résultats d'expériences rigoureuses, alors que j'avais peut-être entre les mains le moyen de le guérir rapidement.

Mais, avant tout, il me sembla que si on voulait avoir les plus grandes chances de succès, il fallait procéder par applications successives de la composition (phosphate et carbonate de chaux) et non pas introduire en une seule fois l'*ipsilène osseux*. En adoptant la première manière de faire, on pouvait éviter plus facilement le rejet, l'élimination complète du produit au cas où l'asepsie de la cavité n'aurait pas été suffisante. Le résultat a dépassé, je dois le dire, mes espérances ; mais n'anticipons pas.

Voici le cas résumé. Il s'agit d'une énorme cavité de l'extrémité inférieure du fémur gauche chez un garçon de 21 ans qui présenta les signes aigus de l'ostéomyélite il y a dix ans. On ouvrit à cette époque l'abcès sous-périostique seulement, suivant une déplorable pratique née de l'ignorance de la maladie, et pendant les années suivantes se déroulèrent les accidents réguliers de l'ostéomyélite prolongée dont Lannelongue et Comby ont tracé le magistral tableau ; abcès, fistules, etc. A deux reprises, j'ai ouvert le canal médullaire qui était le siège de l'infection, et devant un nouveau retour des accidents : abcès dans la cicatrice externe, à plusieurs centimètres au-dessus du condyle, je faisais, le 24 novembre 1898, une nouvelle opération : ouverture du ca-

nal médullaire au niveau d'un cloaque ; brèche de 3 à 4 centimètres de long sur 1 c. 1/2 environ de large, de manière à pouvoir explorer la cavité et enlever les séquestres que je supposais exister. La sonde cannelée indique une cavité haute de 10 centimètres au moins, se dirigeant du côté de l'épiphyse dans laquelle elle semble en partie creusée, bien que dans sa plus grande étendue elle soit diaphysaire, occupant le canal médullaire. Pas de séquestres, mais fongosités infectées assez abondantes, et entourées par un tissu spongieux, ramolli et infecté lui-même. Ablation de tous ces produits avec la grande curette, les parois de la cavité sont partout maintenant constituées par du tissu dur, compact. Drains et gaze iodoformée.

Le 6 janvier, la cavité encore très grande, mais tapissée d'un bon bourgeonnement, je fais un pansement avec l'*ipsilène iodoformé*, puis le 10 un second pansement semblable. Le second pansement enlevé le 13, je constate que la sécrétien de la plaie a considérablement diminué, bien que deux gros drains y pénètrent encore très profondément.

Le 13 janvier donc, procédant comme pour la pulvérisation iodoformée, je fais la première application d'*ipsilène osseux*. Voici ce qui s'est passé :

Comme vous le voyez par une propulsion sur cette compresse, la composition véhiculée par le gaz s'est déposée au contact de la plaie, sous forme de bouillie grisâtre ; les drains ont été remis avec grand soin.

Le 20. Le pansement renferme une légère sécrétion séreuse, mais en somme la plaie ne présente qu'une très minime réaction ; deuxième et faible pulvérisation.

Le 27 janvier et le 4 février, troisième et quatrième pulvérisations. A cette date il ne reste qu'un petit drain s'enfonçant à peine dans l'orifice osseux et la sonde cannelée maniée avec la plus grande précaution ne pénètre pas au-delà. Suintement séro-sanguin presque nul dans le pansement.

La cavité paraît donc oblitérée. J'ai fait radiographier les deux membres et on voit que le fémur, à part l'hyperostose qui existe du côté malade, paraît homogène d'un côté comme de l'autre.

Je viens de revoir mon malade ; je crois que la cavité est réellement comblée, j'ai néanmoins poussé au niveau de l'orifice osseux une dernière pulvérisation qui sans doute va oblitérer cet orifice lui-même.

Je me contente de signaler ce fait dont je donnerai le résultat définitif et je me mets aussi en devoir d'en compléter la démonstration par des expériences sur les animaux. Il faut en effet savoir, dans l'hypothèse d'une réelle oblitération, comment agit l'ipsilène osseux. Je ne crois pas à un simple effet mécanique, mais dans une certaine mesure à une absorption de la composition stimulant la fonction ostéogène de l'os resté sain.

BIBLIOGRAPHIE

Affections chirurgicales du tronc, par le Dr Polaillon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, 2e fascicule, in-8°, 294 p. Paris. O. Doin, 1898.

M. Polaillon consacre ce fascicule aux maladies de la région ano-rectale, aux maladies urinaires communes aux deux sexes et aux maladies des organes génitaux de l'homme. Le plan est le même que dans les deux précédents volumes : M. Polaillon fait une excellente œuvre clinique en prenant successivement tous les chapitres de cette partie de la pathologie, et en joignant à la description des lésions les plus importantes des observations qu'il a recueillies pendant une période de dix-huit années. On peut, en lisant ces pages, revivre avec grand fruit cette vie chirurgicale si active dans les deux importants services de la Pitié et de l'Hôtel-Dieu.

On comprendra qu'on ne puisse analyser un pareil livre ; il faut le lire, il faut l'avoir en bonne place dans sa bibliothèque pour le consulter en cas de besoin, et toutes les fois que dans la pratique on aura un cas délicat ou ennuyeux, quand on sera embarrassé pour le diagnostic et qu'on hésitera pour le traitement, on prendra ce livre qui tiendra lieu du meilleur chirurgien consultant ; on se reportera au chapitre correspondant où l'on retrouvera presque certainement l'observation d'un cas analogue, et alors, en lisant avec soin, on pourra s'appuyer sur l'expérience d'un homme au coup d'œil sûr, d'un grand sens clinique et d'une grande habilité chirurgicale comme l'est notre excellent maître, M. Polaillon.

A. Chevallereau.

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital Saint-Eloi, de Montpellier, par le Dr Grasset, professeur de clinique médicale à la Faculté de Montpellier, correspondant de l'Académie de médecine, recueillies par le Dr V. Vedel, 3e série, 2e fascicule. *Montpellier médical.*

Les leçons de clinique médicale du professeur Grasset sont bien connues des lecteurs de la *France médicale* qui liront avec autant d'intérêt les présentes que les précédentes. Ils y reconnaîtront la même critique saine, les mêmes idées pratiques exposées dans un style clair et vivant qui contribue encore à rendre attrayante la lecture de ses leçons.

Trois leçons forment ce fascicule. La première traite de la médication antiphlogistique et contrefluxionnaire devant les idées modernes. On sait le désarroi qu'ont jeté les nouvelles connaissances pathogéniques dans les anciennes théories thérapeutiques. M. Grasset n'est cependant pas de ceux qui trouvent que toute cette vieille médecine doit rejoindre les vieilles lunes, sous prétexte que tel réputé grand maître à cette époque émettait des opinions erronées, mettons même

ridicules. Il cherche, au contraire, dans nos vieux auteurs, ce que le temps a respecté et ce qui forme un lien naturel entre la médecine d'autrefois et la médecine d'aujourd'hui. Et d'ailleurs nos petits-enfants n'auront-ils pas l'occasion de sourire en face de certaines exagérations, de quelques affirmations outrées de la science contemporaine. M. Grasset a donc raison de prêcher le respect des anciens ouvriers de la vérité au même titre que des modernes. Elaborée dans cet esprit, l'étude de la médication antiphlogistique ne peut manquer d'être intéressante et fructueuse ; je n'en veux pour exemple que la discussion sur le vésicatoire.

Une deuxième leçon non moins intéressante a trait à la médication anti-infectieuse commune, bien distincte de la médication antiphlogistique et constituant l'idéal de la thérapeutique rationnelle. Dans ce chapitre, M. Grasset élimine d'abord la sérothérapie, les antithermiques et les antiseptiques qui constituent des agents spécialement dirigés contre telle ou telle infection. La médication anti-infectieuse commune ne peut s'adresser au terrain, à l'organisme malade qui a à faire les frais de la lutte contre l'infection.

Cette médication a une double raison d'être, puisque, d'une part, le terrain joue un rôle dans l'infection et que, de l'autre, nous ne pouvons pas toujours préciser au lit du malade à quelle espèce d'infection nous avons affaire. Le régime, les toniques, les saignées rouges ou blanches, l'eau sous toutes ses formes, les injections de sérum artificiel sont les agents de cette médication.

Ce fascicule contient encore une leçon sur la sclérose multiple disséminée, maladie caractérisée par des foyers multiples et disséminés d'inflammation interstitielle chronique. C'est la diathèse fibreuse de Debove, la pansclérose de Letulle, les inflammations interstitielles polyviscérales de Bard. Le lecteur trouvera dans cette leçon les qualités habituelles de clarté d'exposition du professeur pour débrouiller une maladie encore à l'étude et qui a été l'objet d'interprétations diverses.

L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 février. — Présidence de M. Van Tieghem.

La vie en un milieu confiné. — M. d'Arsonval. En présentant l'intéressante note de Desgrez et Balthazard, je crois devoir la faire précéder de quelques considérations et rappeler sommairement certains points de l'historique de la question.

Qu'un animal à sang chaud puisse vivre normalement dans un milieu absolument clos, à la condition qu'on absorbe l'acide carbonique qu'il dégage, et qu'on remplace l'oxygène qu'il absorde, cela ne fait pas question. Il y a longtemps que Regnault et Reiset ont démontré le fait, pour les petits animaux, et plus tard, Reiset tout seul, pour les gros animaux. Leurs mémorables expériences sont trop connues de tous pour que j'insiste.

Ces auteurs ont démontré ainsi qu'une quantité limitée d'azote pouvait servir indéfiniment à la respiration d'un animal supérieur.

On en a conclu que le rôle de l'azote dans la respiration était nul ou qu'il servait tout au plus à modérer l'action comburante de l'oxygène, à la façon dont l'eau tempère un vin trop généreux. La première opinion a été tout récemment encore acceptée par un physiologiste de talent, M. Laborde, qui dit : « *L'azote paraît jouer un rôle purement passif dans la fonction respiratoire* (1). »

Non seulement je crois cette opinion trop absolue, mais j'espère montrer bientôt qu'elle est inexacte. Sans vouloir discuter actuellement à fond cette question, je me bornerai à dire que nombre d'expériences, encore en partie inédites, m'ont amené a penser que l'azote joue un rôle capital dans les phénomènes respiratoires, et que, notamment, c'est grâce à sa présence que l'acide carbonique peut sortir aussi rapidement du sang qu'il le fait.

Il faut également tenir compte, dans l'air confiné, de la présence des toxines volatiles que Brown-Séquard et moi avons appelées *le poison pulmonaire* et dont nous avons montré la puissance nocive par nombre d'expériences. Nous avons prouvé que ce poison était absorbé et neutralisé par les acides (2).

Donc il est démontré depuis longtemps que, en absorbant l'acide carbonique émis et en remplaçant l'oxygène absorbé, on peut faire vivre un animal supérieur avec une quantité limitée d'azote, dans un espace absolument clos.

Regnault et Reiset remplissaient cette double condition au moyen d'un dispositif mécanique connu de tous les physiologistes.

Tout récemment, dans la Communication citée plus haut, MM. Laborde et Jaubert ont annoncé qu'ils avaient découvert une substance chimique qui remplissait ce double rôle sous un poids relativement léger et par *une seule opération*, pour employer leurs propres expressions.

Ces auteurs ayant livré à la publicité seulement leurs résultats, mais point leur méthode, il est actuellement impossible de juger scientifiquement la valeur du procédé.

Quoi qu'il en soit, l'occasion me paraît propice pour rappeler que j'ai fourni moi-même une solution de ce problème, moins élégante peut-être, mais tout aussi efficace, il y a dix-sept ans (1). Dans la note à laquelle je fais allusion, j'indique un procédé pour préparer l'oxygène *à froid*, basé sur la décomposition mutuelle de l'eau oxygénée et de l'acide chromique.

Voici comment j'utilisai ultérieurement ce procédé pour modifier l'appareil de Regnault et Reiset. L'animal était enfermé hermétiquement dans une cloche tubulée. A la partie supérieure de la cloche, je disposais un grand cristallisoir rempli de menus fragments de chaux sodée ; au centre du cristallisoir, et sous la tubulure de la cloche, était un vase rempli à moitié d'une solution concentrée d'acide chromique, ou de bichromate de potasse, fortement acidulée par l'acide sulfurique. Par la tubulure de

(1) Laborde et Jaubert. Communication à l'Académie de Médecine, séance du 24 janvier 1899.

(2) Voir Brown-Séquard et d'Arsonval, *Comptes rendus de la Société de biologie*, 28 janvier et 4 février 1888.

(1) Voir d'Arsonval (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, séance du 1er avril 1882, présidence du Dr Laborde).

la cloche passait, au travers d'un bouchon de caoutchouc, un tube capillaire en verre relié à un flacon de Mariotte, placé au dehors à hauteur convenable, et qui contenait de l'eau oxygénée.

Dans ces conditions, l'appareil fonctionne *automatiquement* pour absorber l'acide carbonique émis par l'animal et pour lui restituer l'oxygène qu'il a consommé.

La chaux sodée, absorbant l'acide carbonique et en partie la vapeur d'eau, crée une dépression dans l'air de la cloche. Cette dépression fait tomber dans l'acide chromique un peu de l'eau oxygénée contenue dans le flacon de Mariotte. Aussitôt il se dégage à froid de l'oxygène, qui rétablit la pression primitive dans la cloche et arrête l'écoulement de l'eau oxygénée. Par ce moyen, la composition de l'air de la cloche reste *automatiquement* constante par le jeu même de l'appareil.

Dans d'autres expériences, j'ai remplacé la chaux sodée par une solution concentrée de potasse, pour absorber l'acide carbonique et une partie de la vapeur d'eau. Dans ce cas, la solution de potasse, au lieu d'être versée directement dans le cristallisoir, remplit dix ou douze vases poreux de pile, placés dans le cristallisoir. La solution de potasse filtre ainsi lentement à travers les vases et renouvelle constamment les surfaces absorbantes, qui peuvent être rendues très grandes.

Au lieu d'être placé hors de la cloche, le flacon contenant l'eau oxygénée pourrait être évidemment tout aussi bien à l'intérieur, où un indicateur de pression le ferait fonctionner de même pour maintenir cette pression constante.

Ce problème intéressant de la vie dans un espace absolument clos ou délétère est susceptible de recevoir évidemment bien des solutions. L'Académie se souvient sans doute que, dans la Communication verbale que je lui ai faite le 23 mai dernier, en lui présentant un flacon d'air liquide, j'ai insisté sur la facilité qu'offrait ce corps pour pénétrer dans des milieux irrespirables ; je rendrai compte incessamment des expériences poursuivies dans cet ordre d'idées.

Ce corps est très maniable, depuis que nous savons le conserver plus de quinze jours en vases ouverts. Il a de plus l'avantage de présenter, sous le minimum de poids et de volume, le maximum de ce *Pabulum vitæ* : l'oxygène, à l'état de pureté.

Nouveaux faits relatifs à la résection sous-périostée du coude. Autopsie d'un coude réséqué totalement depuis vingt-huit ans et reconstitué en une néarthrose solide et énergiquement mobile ayant tous les caractères d'un ginglyme parfait. — M. Ollier. J'ai, à plusieurs reprises, entretenu l'Académie de la reconstitution des articulations après les résections sous-périostées, et ce n'est pas de cette question générale que je viens l'entretenir aujourd'hui.

La régénération osseuse chez l'homme ne peut plus être mise en doute, mais la question est si étendue et si complexe qu'il me paraît utile d'apporter de nouveaux documents pour dissiper les incertitudes qui règnent encore sur certains points incomplètement étudiés jusqu'ici. Il y a, dans cet ordre d'idées, des vérifications anatomiques qu'on ne peut faire qu'avec le temps et par un concours de circonstances purement accidentelles. Il est, en outre, une démonstration que le temps seul permet de fournir : c'est celle de la permanence des résultats se prolongeant pendant trente-cinq ans (1), sans autre déchet que la diminution des forces due à l'affaiblissement pathologique ou sénile portant sur l'ensemble de l'organisme.

Cette première communication a pour but de relater l'autopsie d'un coude réséqué par moi, le 17 juin 1870, pour une ostéo-arthrite tuberculeuse avec fongosités très abondantes et fistules ossifluentes multiples. Mon opéré est mort en octobre 1898, c'est-à-dire vingt-huit ans et quatre mois après la résection. Il n'a pas succombé à la tuberculose, dont à plusieurs reprises on avait craint, depuis quelques années déjà, le retour dans le poumon. Son articulation réséquée a été absolument indemne. Il a succombé à une affection néoplasique des vertèbres complètement différente de la tuberculose.

Ce qui fait l'intérêt de cette autopsie, c'est qu'elle a porté sur un sujet présentant un des plus beaux résultats que j'aie obtenus, tant au point de vue orthopédique qu'au point de vue fonctionnel (*Traité des résections*, t. II, p. 350 et suiv.). Le coude était reconstitué en un ginglyme parfait; il présentait une solidité latérale absolue et jouissait de mouvements complets et très énergiques de flexion et d'extension (ces derniers s'étaient cependant limités depuis quelques années à la suite de douleurs rhumatoïdes). Des muscles puissants s'inséraient autour de l'articulation à leur place normale. La néarthrose était déterminée par la rencontre et l'exacte adaptation des nouvelles tubérosités humérales avec les extrémités, également de nouvelle formation, des os de l'avant-bras, et, en particulier, avec un oléocrane large et épais qui se logeait, dans l'extension complète, dans une fosse olécranienne déterminée en arrière par la saillie des deux tubérosités latérales de l'humérus. C'est le coude gauche qui avait été réséqué. Or, notre opéré portait de ce côté avec la main, *à bras tendu horizontalement*, un poids de 17 kilog. Le membre normal, c'est-à-dire le membre droit, en portait 20 dans les mêmes conditions. C'est à peu près la différence qu'on observe normalement entre le membre droit et le membre gauche, chez les droitiers.

Depuis sa guérison, notre opéré avait mené la vie la plus pénible, travaillant toujours soit comme ouvrier tuilier, soit comme vigneron. Il avait une telle ardeur au travail qu'il répétait volontiers qu'il gagnait six francs pendant que ses camarades en gagnait cinq. Il a continué de travailler jusqu'en juin 1898. A ce moment il vint à la clinique, se plaignant de douleurs sourdes et continues dans les reins et d'impossibilité de marcher.

Je crus tout d'abord à une poussée tuberculeuse dans les vertèbres, mais c'était une erreur. A l'autopsie on trouva des masses cancéreuses dans les vertèbres, les côtes, la clavicule.

La principale tumeur avait détruit les corps des premières vertèbres lombaires et avait perforé le canal médullaire. Le tissu néoplasique était du cancer alvéolaire.

Malgré l'atrophie des muscles, qui avait progressé rapidement dans les trois derniers mois passés au lit avec des souffrances excessives dans le thorax et la région lombaire, la néarthrose avait conservé la conformation et la structure qu'elle avait acquises par le fait de la résection sous-cap-

(1) La plus ancienne de mes résections du coude, faite sur les sujets actuellement vivants, remonte à vingt-cinq ans (1864). Mon opérée, qui est bien portante d'ailleurs, a conservé une articulation mobile et gagne sa vie comme femme de ménage.

sulo-périostée, c'est-à-dire par le fait de la conservation du canal périostéo-capsulaire, constitué à la fois par l'organe de la régénération osseuse et les tissus propres à assurer la forme, la solidité et en même temps la mobilité régulière des masses osseuses néoformées.

Cette autopsie va donc nous permettre de nous rendre compte des particularités anatomiques en rapport avec le fonctionnement d'une néarthrose qui avait réalisé tout ce qu'on peut espérer au point de vue orthopédique et fonctionnel.

On constate d'abord autour de l'articulation des muscles épais, encore bien nourris, malgré l'atrophie éprouvée dans les derniers mois de la vie, et régulièrement implantés sur les tubérosités nouvelles. Le triceps s'insère, par un large et épais tendon, sur un olécrane notablement plus épais que l'olécrane normal. Tous les autres muscles (sauf le petit anconé qui s'atrophie toujours par le fait de la section de son nerf) se trouvent dans les mêmes conditions ; le brachial antérieur, entre autres, s'insère sur une apophyse coronoïde de nouvelle formation. Entre l'olécrane et la tubérosité interne de l'humérus se voit un canal dans lequel est logé le nerf cubital.

L'adaptation et l'articulation des tubérosités osseuses de nouvelle formation se fait d'une manière qui rappelle complètement la disposition du coude normal, comme le montrent les aquarelles que je mets sous les yeux de l'Académie. La masse osseuse reproduite paraît plus volumineuse que la partie analogue du coude sain. L'olécrane est plus large et plus épais ; du côté de l'humérus, le diamètre bicondylien mesure 75 millimètres pour le membre opéré et 70 millimètres pour le membre sain. Il y a cependant une modification, que j'ai depuis longtemps signalée dans la forme des tubérosités humérales. Au lieu d'être transversales, elles se dirigent en bas, sous forme d'appendices malléolaires. Elles emboîtent les os de l'avant-bras comme les malléoles tibiale et péronière emboîtent l'astragale, et augmentent ainsi la solidité de la néarthrose. L'aspect extérieur de la néarthrose, dont les pièces constituantes sont exactement adaptées par la capsule et les ligaments périphériques, donne l'impression d'une articulation très solide, impression que confirme l'impossibité d'imprimer le moindre mouvement de latéralité aux os de l'avant-bras.

La coupe des os présente des particularités importantes à signaler au point de vue de la structure des éléments constitutifs de la néarthrose. J'avais réséqué une hauteur de 64 millimètres de la colonne osseuse, 45 millimètres sur l'humérus, 19 millimètres sur le cubitus au-dessous de la cavité sygmoïde,c'est-à-dire sans compter l'olécrane; hauteur un peu moindre du radius. Il est impossible de se rendre exactement compte, sur l'humérus, des limites de l'os ancien. La fusion est complète entre la masse osseuse nouvelle et l'os ancien, et ce n'est que par la mensuration des deux humérus qu'on voit que la néoformation a été surtout latérale. Du côté du cubitus on peut mieux se rendre compte des limites de l'os ancien, et l'on voit alors que toutes la masse olécranienne, la cavité sygmoïde et l'apophyse coronoïde sont de formation nouvelle. Le tissu de l'olécrane est compact en arrière, très dur, mamelonné extérieurement, mais lisse et recouvert d'un périoste très adhérent. La conformation intérieure est très irrégulière et l'on voit, sous l'apophyse coronoïde, un sillon vermiculaire pénétrant dans la masse olécranienne et rempli d'un tissu fibreux d'aspect chondroïde. Une nouvelle tête du radius s'articule avec l'humérus, mais au lieu d'une cupule circulaire, il y a une surface articulaire antéro-postérieure. L'irrégularité de cette surface et la présence de sallies irrégulières sur le bord externe de l'olécrane expliquent pourquoi les mouvements de pronation et de supination ne pouvaient pas atteindre leur amplitude normale.

La cavité articulaire n'existe pas, à proprement parler, sur toute l'étendue de la surface humérale. C'est seulement au milieu, dans l'espace trochléen, qu'il y a une cavité distincte. A ce niveau, la surface humérale est lisse, mais ne présente pas de cartilage ; c'est une surface osseuse, lisse, polie comme de la porcelaine, qui joue sur un ménisque fibreux interposé entre l'humérus et le cubitus.

Sur les côtés, au niveau des tubérosités humérales, c'est par un tissu fibreux lâche que les os sont unis. Les circonstances dans lesquelles a été pratiquée l'autopsie n'ont pas permis de s'assurer si la partie fibreuse de la loge articulaire était recouverte d'une véritable couche épithéliale.

Quant à la structure de l'ensemble des parties osseuses néoformées, je les ai trouvées moins compactes que dans des autopsies plus récentes ; tout en restant compactes sur certains points (saillies malléoliformes), elles se sont raréfiées dans d'autres, et au niveau de la réunion probable des parties néoformées avec les parties anciennes, on retrouve une architecture qui rappelle la disposition normale des trabécules du tissu spongieux.

Telle est la constitution de cette néarthrose qui démontre ce qu'on peut obtenir comme résultat définitif et permanent de la résection sous-périostée du coude. C'est la plus ancienne résection dont j'aie pu faire l'autopsie. Je n'en avais pas au-delà de huit ans, et celle-ci nous donne l'état de la néarthrose vingt-huit ans et quatre mois après l'opération. Je ne connais pas dans la littérature médicale de cas qui puisse lui être comparé. C'est donc un fait unique jusqu'ici et qui me paraît d'autant plus précieux que les circonstances qui permettent d'en recueillir de semblables se rencontrent rarement. Dans tous les cas, il apporte, à cause de l'ancienneté de la résection, une preuve, encore plus décisive que celles que j'ai pu donner jusqu'ici, en faveur de la régénération osseuse et de la reconstitution des articulations chez l'homme. Il montre la permanence des résultats obtenus au point de vue orthopédique et fonctionnel. Et, d'autre part, au point de vue médico-chirurgical, il a une importance particulière puisqu'il démontre la persistance de la guérison locale chez un tuberculeux, malgré quelques retours offensifs de la tuberculose sur les organes internes, et malgré le fonctionnement constant et souvent excessif de l'articulation réséquée.

De la nature du sucre urinaire des diabétiques. — MM. G. Patein et E. Dufau. On peut rencontrer dans les urines pathologiques, ainsi que l'indique M. Armand Gautier dans ses *Leçons de Chimie biologique*, la *glycose*, la *lévutose*, l'*inosite*, la *dextrine* et les *gommes*. On admet généralement que le sucre des urines diabétiques est de la *glycose* et que la *lévulose* s'y rencontre rarement. Landolph a cependant publié un certain nombre de notes qui sont contraires à cette manière de voir (*Comptes rendus*, 28 décembre 1896 ; 12 juillet 1897 ; 14 novembre 1898). Il avance que les sucres diabétiques se présentent sous trois formes au moins : 1° un sucre réduisant en jaune la liqueur de

Fehling et donnant le même titre aux dosages par le saccharimètre, par la liqueur de Fehling et par fermentation; 2° un sucre réduisant en rouge vif la liqueur de Fehling, réduisant une fois et demie plus que le sucre de raisin ; le polarimètre indique une quantité de sucre bien moindre que la réduction ; 3° un sucre réduisant la liqueur de Fehling en rouge violacé, réduisant deux fois plus que le sucre de raisin ; le polarimètre indique moitié moins de sucre que la réduction.

Contrairement aux assertions de Landolph, Le Goff a extrait de l'urine des diabétiques de la *glycose* pure dont il a démontré d'une façon inattaquable l'identité avec la glycose *d* de E. Fischer.

Pareille divergence d'opinion s'est manifestée sur la nature du sucre contenu dans le sang. En effet, M. Hédon (*Société de Biologie*, 8 mai 1898) annonçait avoir isolé du sang un sucre *à peu près pur*, dont les titrages différaient suivant qu'ils étaient effectués au saccharimètre ou à la liqueur de Fehling. « Dans une analyse, dit-il, le polari-« mètre indiquait 21 grammes de glycose par litre, tandis « que le titrage en décelait 36 grammes. Il découle donc « de cette constatation, ou bien que le sucre du sang dia-« bétique est un sucre particulier différent de la glycose, « ou bien qu'il représente un mélange de plusieurs sucres « à propriétés optiques inverses ». M. Hanriot (*Société de Biologie*, 14 mai 1898) a, de son côté, retiré du sang un sucre paraissant posséder un pouvoir rotatoire dextrogyre plus faible que celui de la glycose, et d'un pouvoir réducteur supérieur; mais, par une purification plus complète, M. Hanriot put obtenir 6 grammes d'un composé donnant à l'analyse, au saccharimètre et à la réduction des chiffres qui s'accordent avec la glycose ; il en prépara de plus l'ozazone et convertit ce sucre en parachloralose fusible à 227°, ce qui caractérise nettement la glycose *d*. M. Hanriot ajoute qu'il a trouvé en outre, dans les urines sucrées, deux corps réducteurs n'ayant aucun pouvoir rotatoire.

Enfin, d'après M. Carles, de Bordeaux, les urines normales non sucrées ont une réaction lévogyre variant de 0°,36 à 0°,80 saccharimétrique, en sorte que trois fois sur quatre, une urine marquant 0° au polarimètre renferme un sucre réducteur dextrogyre; ce pouvoir lévogyre serait proportionnel, à la quantité des matières *extractives* de l'urine.

Depuis un certain temps nous cherchons par quelle cause des urines diabétiques qui étaient *dextrogyres* finissent par ne plus contenir de *glycose* et devenir *lévogyres*. La présente Note a pour but de démontrer qu'une urine dont la teneur en sucre ne parait pas la même, suivant qu'on la détermine au saccharimètre ou à la liqueur de Fehling, contient cependant bien toujours de la glycose.

Il s'agit d'un diabétique suivant exactement le régime et ne prenant aucun médicament; les dosages ont été faits au saccharimètre de Laurent et à la liqueur de Fehling exactement titrée. Mais nous avons modifié le mode de défécation ordinaire en remplaçant le *sous-acétate de plomb* par le *nitrate acide de mercure*, comme l'avait autrefois indiqué Tanret pour le traitement de l'urine avant l'essai à la liqueur de Fehling.

Voici comment nous procédons : 100 cc. d'urine sont additionnés de 10 cc. de *nitrate acide de mercure*, puis d'un excès de *lessive de soude* et enfin d'eau distillée, pour amener le volume total à 150 cc., puis on filtre. On faisait alors chaque fois trois dosages : un dosage à la liqueur de Fehling, un second au saccharimètre après défécation au *sous-acétate de plomb*, un troisième également au saccharimètre après défécation au *nitrate acide de mercure*. Voici les résultats obtenus :

	21 déc.	25 déc.	6 janv.	9 janv.	13 janv.	16 janv.		
	—	—	—	—	—	—		
	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.		4,36 par litre.
Avec la liqueur de Fehling.....	3,80	2,80	2,53	6,36	5,27			
Avec le saccharimètre après défécation au sous-acétate de Pb....	1,86	2,07	1,33	3,99	4,26	2,50	»	
						3,10	»	
Avec le saccharimètre après défécation au nitrate de Hg.....	3,40	2,90	2,99	6,66	4,90	4,70	»	

Dans la dernière colonne verticale, la différence des deux chiffres trouvés après défécation au sous-acétate de plomb provient de ce que, dans les deux essais, on a fait varier la proportion de ce dernier.

L'examen de ces chiffres ne laisse aucun doute et permet de conclure :

1° Même lorsqu'une urine de *diabétique* donne des chiffres plus faibles au saccharimètre qu'à la liqueur de Fehling, le sucre qu'elle contient est de la *glycose d*.

2° Lorsqu'il y a une différence entre les chiffres des deux méthodes, elle provient de la présence dans l'urine de matières lévogyres que le *sous-acétate de plomb* ne précipite pas complètement. Il convient de remplacer celui-ci par le *nitrate acide de mercure*, qui donne un liquide incolore et limpide, ne contenant plus que le sucre urinaire comme matière agissant sur la lumière polarisée.

Ce liquide se trouble assez rapidement, mais il redevient de nouveau limpide après filtration.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 février 1899. — Présidence de M. Panas.

La correspondance comprend : 1° des lettres de M. Malherbe, directeur de l'école de médecine de Nantes, candidat au titre de correspondant dans la deuxième division (chirurgie et accouchement); de M. le professeur Lortet, doyen de la faculté de médecine de Lyon, qui se porte candidat au titre de correspondant dans la première division (médecine); 2° un pli cacheté adressé par le Dr Prompt, de Baugy (Cher) (accepté).

Radiographie. — M. Hayem. M. Lenor a trouvé le moyen d'obtenir des épreuves instantanées dans la radiographie, ce qui peut être très utile surtout chez les enfants. Chez les adultes il se contente de faire poser 5 ou 6 secondes. M. Hayem présente un certain nombre d'épreuves.

Elections. — L'académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux (1re division).

Pour la première place, sur 71 votants, majorité 31, M. Moniez (de Lille) est élu par 38 voix contre 9 données à M. Brunon (de Rouen), 9 à M. Coijne (de Bordeaux), 9 à M. Vincent (de Rochefort), 5 à M. Catrin (de Valenciennes) et un bulletin blanc.

Pour la seconde place, sur 70 votants, majorité 36, M. Brunon obtient 35 voix contre 20 données à M. Vincent, 8 à M. Coijne, 6 à M. Catrin et 1 bulletin blanc. Il est procédé à un second tour de scrutin dans lequel sur 69 votants, majorité 35, M. Brunon est élu par 47 voix contre 16 données à M. Vincent, 3 à M. Catrin et 3 à M. Coijne.

Remèdes secrets et nouveaux. — M. G. Pouchet lit sur un certain nombre de demandes en autorisation d'exploiter des remèdes secrets ou nouveaux un rapport dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Traitement de l'appendicite. — M. Ferrand veut insister sur deux points : la variété des faits que l'on confond sous le nom d'appendicite et l'injustice que l'on a montrée pour la thérapeutique médicale.

L'appendicite n'est pas toujours aussi grave qu'on l'a indiqué. Il y a de très grandes variétés : l'appendice est souvent un organe tolérant comme on le voit sur la table d'autopsie ; il y a de nombreux faits d'engouement, d'étranglement, de péritonite herniaire, d'accidents appendiculaires quelconques guéris sans opération.

On a mal apprécié l'effet de l'opium et des purgatifs. L'opium n'est pas l'agent de choix dans l'appendicite. Souvent, au contraire, il est plus dangereux qu'utile ; qu'il s'agisse de coliques appendiculaires, d'engouement ou de stase, il ne donne que des résultats illusoires; il aide à transformer l'appendice en vase clos, à renfermer le loup dans la bergerie, comme l'a bien montré M. Dieulafoy. La belladone est aussi efficace que l'opium contre la douleur et n'entraîne pas les mêmes inconvénients.

Sur les purgatifs, les dissidences sont très accusées. Il faut donner le purgatif avant toute manifestation péritonéale; il faut d'autre part bannir les drastiques ; ceux qui agissent surtont sur l'élément moteur. Il faut choisir des purgatifs doux ; les évacuations sont alors le meilleur moyen de prévenir l'infection. Les meilleurs purgatifs sont les purgatifs végétaux, le tamarin, les purgatifs minéraux, le calomel surtout. Les purgatifs ne peuvent convenir à toutes les périodes.

Dans ces conditions, le traitement médical pourra être suivi sans danger et être efficace.

Il serait utile de formuler les indications du traitement médical et de l'opération. En résumé, M. Ferrand trouve bon de rappeler que les accidents liés aux altérations de l'appendice, variant dans leurs formes et dans leurs degrés, reconnaissent pour cette raison des indications diverses. Une médication non systématique, mais méthodiquement adaptée à ces indications, peut satisfaire à quelques-unes d'entre elles et suffire souvent à la guérison.

Appendicite et grossesse. — M. Pinard. J'envisage l'appendicite dans ses rapports avec la première période de la puerpéralité, c'est-à-dire avec la grossesse et n'étudierai que le traitement et le diagnostic. Depuis la communication que j'ai déjà faite sur ce sujet le 22 mars dernier, j'ai pu observer trois cas d'appendicite chez des femmes enceintes. Cela ne veut pas dire que la grossesse prédispose à l'appendicite, hypothèse probable, mais non encore prouvée par un assez grand nombre de faits, mais cette redoutable complication peut se rencontrer. Si les deux malades que j'ai eues dans ma propre clientèle sont encore vivantes, c'est qu'elle ont été opérées à temps. Je suis donc porté à accepter la formule de M. Dieulafoy : toute appendicite diagnostiquée pendant la grossesse commande l'intervention. En effet la marche de l'appendicite peut être rapide et même foudroyante dans certains cas et, d'autre, part le fœtus peut être rapidement intoxiqué.

Aujourd'hui il doit être à la connaissance de tous les médecins que l'appendicite peut s'observer pendant toute la durée de la grossesse, chez une femme dont la santé était antérieurement florissante : ou bien la scène débute comme une simple indigestion (coliques, nausées, vomissements, diarrhée) ou bien la douleur abdominale seule ouvre la scène. Cette douleur est le plus souvent localisée dans la moité droite du ventre et surtout dans la fosse iliaque au point fameux connu sous le nom de point de Mac Burney. Quelquefois la douleur est généralisée dès le début ; d'autres fois on peut la rencontrer au niveau du foie ou même dans la région inguinale. La douleur ne disparaît que quand la péritonite est diffuse ou généralisée. La température s'élève et reste aux environs de 38° ; le pouls autour de 100. Les vomissements peuvent continuer ou faire place à des éructations nombreuses. A la diarrhée succède ordinairement une constipation opiniâtre ; on constate toujours la contracture des muscles de la région droite coïncidant avec un léger tympanisme. Le véritable ballonnement n'apparaît que plus tard. Les phénomènes sont assez caractéristiques pour permettre de poser le diagnostic.

Gastro-entérostomie. — M. Hartmann, en son nom et au nom de M. Soupault, apporte les résultats éloignés de vingt gastro-entérostomies.

Nouvelle méthode d'examen quantitatif et qualitatif des albuminoïdes, diastases, toxines leucomaïnes, alcaloïdes, notamment ceux des urines. — M. le Dr Paul Chibret, de Clermont-Ferrand. Dans l'emploi d'un réactif iodo-ioduré très concentré agissant dans des dilutions acides suffisamment étendues, observées dans des conditions optiques spécialement favorables à la production d'une opalescence étalon, l'auteur a créé une méthode générale d'examen très sensible permettant de déceler la présence d'une série de formes azotées végétales ou animales comprenant les albuminoïdes, les alcaloïdes et leurs intermédiaires connus ou inconnus.

Il a tiré de cette méthode une technique pour l'évaluation quantitative et qualitative de ces dérivés azotés.

Appliquant la méthode à l'étude des urines, il est arrivé à déterminer numériquement la qualité toxique de l'azote extractif et de l'azote albumineux. Il en tire au point de vue chimique et clinique des conséquences diagnostiques et pronostiques du plus haut intérêt.

En présence de MM. le professeur Armand Gauthier, de l'Institut, Bar, agrégé et accoucheur des hôpitaux, Lépinoy, urologue, il a fait à l'hopital Saint-Antoine, les 11, 13 et 14 février dernier, des démonstrations entièrement probantes sur des urines albumineuses dont la provenance lui était absolument inconnue, sur des toxines animales et végétales qu'il n'avait pas encore étudiées et dont il ignorait même la provenance.

A 5 h. 15 l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 février 1899. — Présidence de M. Raymond.

Polyurie et hystérie. — M. Mathieu croit avoir, le premier, à la Société même, en 1891, formulé cette idée que la polyurie, chez les névropathes, pouvait être fonction de l'hystérie. On n'est donc pas autorisé à contester la nature hystérique d'un diabète insipide parce que le malade ne présente pas de stigmates. Il y a, en outre, un autre signe établissant cette nature hystérique de la polyurie. C'est l'action de la suggestion.

M. Gilles de la Tourette. La polyurie est ce que les hystériques simulent le mieux. Il est facile de mettre de l'eau dans un bocal. D'autre part, il serait risqué de s'appuyer seulement sur l'action de la suggestion, en l'absence de tout stigmate, pour affirmer qu'une polyurie est hystérique. Cette polyurie est beaucoup plus rare qu'on ne semble le croire.

M. Hayem. S'il est facile d'ajouter de l'eau à l'urine, il n'est pas aussi facile d'y ajouter de l'urée. Or, dans tous les cas de polyurie nerveuse que j'ai observés, il y avait augmentation du chiffre de l'urée. Si elle n'existe pas, il faut se méfier.

Lèpre ou syringomyélie. — M. A. Renault présente un malade offrant à la fois des troubles réflexes et des troubles trophiques, symptômes que l'on rencontre d'une façon constante dans la syringomyélie et dans la lèpre. Le sujet est un ancien syphilitique, ainsi que l'attestent les commémoratifs et des cicatrices typiques aux membres supérieurs et inférieurs. Chez ce malade, les troubles sensitifs occupent les quatre membres, Les diverses sensibilités sont abolies. Le tronc et la tête sont indemnes, au contraire de ce qui existe dans la syringomyélie.

A en juger par les troubles sensitifs on serait donc porté à conclure que le malade est lépreux. Les troubles réflexes par contre, ne sont pas favorables à cette hypothèse, car il y a exagération du réflexe rotulien et légère trépidation épileptoïde, phénomènes que l'on ne constate pas dans la lèpre.

Quant aux troubles trophiques, atrophie des muscles de l'éminence thénar, maux perforants plantaires, disparition de la deuxième phalange du petit orteil, qui frappent chez ce malade, ces mêmes altérations de la nutrition peuvent se rencontrer dans la lèpre et la syringomyélie. Il faut donc chercher d'autres points de repère.

L'état des nerfs et l'examen bactériologique ont une importance capitale au point de vue du diagnostic. S'il s'agit de lèpre, les nerfs sont altérés, ils ont augmenté de volume. Or, chez notre sujet, en palpant la gouttière épitrochléenne des deux côtés, on sent manifestement une hypertrophie notable des deux nerfs cubitaux. Mais ce symptôme n'est pas encore suffisant ; car on a trouvé, très rarement il est vrai, dans la syringomyélie, un état semblable.

L'examen bactériologique, dans le cas particulier, est absolument favorable à la syringomyélie, car le bacille de Hansen, recherché avec beaucoup de soin, n'a été trouvé ni dans le sang, ni dans la sérosité d'un vésicatoire, pas plus que dans le mucus nasal, la salive et le pus des maux perforants. Il est donc très probable qu'il s'agit d'un cas de syringomyélie.

M. Galliard communique, au nom de M. Bagot (de Roscoff) une observation de *fièvre typhoïde hématurique*, chez un enfant de dix ans.

M. Achard communique, au nom de M. Carrière (de Lille), une observation d'*angine pseudo-membraneuse à streptocoques, suivie de paralysie du voile du palais*.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SIPHILIGRAPHIE

Séance du 9 février 1899.

Epithélioma lingual superficiel greffé sur une glossite gommeuse syphilitique phagédénigue ; mort par hémorrhagie linguale. — MM. Fournier et Gastou présentent les pièces anatomiques provenant d'une malade, vue par la Société en décembre 1898. L'examen histologique a confirmé le diagnostic de glossite syphilo-épithéliomateuse porté par le Dr Fournier.

Il existe dans la profondeur de la langue des lésions gommeuses et artérielles des plus nettes, tandis qu'à la superficie de la langue s'étale au contraire l'épithélioma.

Deux particularités histologiques intéressantes sont à signaler ; l'intégrité des ganglions et la tuméfaction en masse de la glande sous-maxillaire.

Prurigo gestationis. — M. Gastou.

Tuberculides acnéiformes. — MM. Balzer et Monsseau. Nous observons une malade de 29 ans, qui, depuis un an, présente à la face dorsale des doigts, des mains et des avant-bras un grand nombre de nodosités papuleuses, dures, enchâssées dans le derme, du volume d'un grain de millet à celui d'une lentille ; au bout d'un mois environ quelques-unes se résorbent et disparaissent, mais la plupart s'exulcèrent, suintent légèrement et se recouvrent d'une croûte sans donner issue à aucun produit pathologique. Les croûtes tombent et on voit une petite cicatrice déprimée violacée, qui finit par ne plus laisser qu'une macule brunâtre. A mesure que ces nodosités disparaissent, d'autres reviennent en divers points.

Ces lésions décrites jadis sous le nom d'acnitis sont considérées actuellement comme des tuberculides ; cependant nous n'avons pu retrouver dans les antécédents ni dans l'état actuel de notre malade aucune trace de tuberculose

viscérale ou ganglionnaire récente ou ancienne. Dans un cas identique observé dernièrement, les lésions absolument semblables coexistaient avec un lupus érythémato-tuberculeux de la face. Nous appelons donc l'attention sur la contradiction au moins apparente qui semble exister entre ces deux faits, d'autant plus que M. Barthélemy a observé des malades chez lesquels la tuberculose ne s'est jamais nettement déclarée.

Herpès cataménial. Erythème polymorphe récidivant. Lésions sanguines. — M. Leredde.

Traitement des épithéliomas cutanés par la méthode de Cerny.—MM. Hermet et Gastou présentent à la Société une série de malades atteints d'épithéliomas cutanés traités par la méthode de Cerny et à différentes périodes du traitement. Il en est parmi eux qui sont guéris; d'autres améliorés, certains sont au contraire rebelles à la médication. MM. Hermet et Gastou insistent sur la nécessité de faire une biopsie préalable et de n'appliquer le traitement qu'après examen des coupes.

Grâce à cette biopsie préalable, on peut prévoir à l'avance les cas favorables à la méthode et les cas défavorables. Le traitement de Cerny n'est pas, en effet, une méthode applicable dans tous les cas, elle ne met pas à l'abri des récidives. On ne peut dire jusqu'à présent qu'elle soit curative d'une façon absolue; mais elle a l'avantage d'être une méthode efficace et d'emploi facile dans le cas d'épithéliomas de la face, qui, par leur siège, leur étendue ou toute autre raison individuelle, ne peuvent être traités par la cautérisation, le curetage ou l'ablation.

Sur une érythrodermie prémicosique — MM. Hallopeau et Tostivint Ce fait est intéressant par la durée et l'étendue des érythrodermies scarlatiniformes, l'épaississement de la peau qui les accompagne, les accès incessamment renouvelés de prurit violent qu'elles provoquent, par les douleurs lancinantes qui s'y joignent, par l'absence complète de lésions de grattages montrant que les altérations de la peau ne lui permettent pas de réagir comme à l'état normal contre ces vives irritations, par l'usure des ongles, témoignant de l'intensité du grattage, par l'existence de ces sensations prurigineuses dans des parties d'apparence saine, venant confirmer les données de Leredde qui a constaté en pareilles circonstances des altérations profondes du derme, malgré l'absence de lésions apparentes à l'examen clinique, par la production d'accès de sueurs abondantes, par des adénopathies multiples par la chute des cheveux et des poils : il y a là un ensemble symptomatique tout à fait caractéristique.

Sur un cas de molluscum contagiosum confluent. — M. Hallopeau. Des faits semblables ont été publiés par Vidal et par Kaposi ; chez la malade de M. Hallopeau, les éléments du molluscum sont agglomérés en une plaque étendue à la partie inférieure de l'une des jambes, la confluence des éléments est telle qu'ils se confondent partiellement en une seule masse ; contrairement à la règle, cette éruption est prurigineuse: son aspect rappelle celui de certains nævi vasculaires frambosioïdes : il faut renoncer en pareil cas au traitement chirurgical qui serait trop pénible en raison de l'étendue de la lésion et recourir, comme l'a fait Kaposi, aux topiques sulfureux.

Féminisme chez un géant, lié vraisemblablement à un développement anormal des veines pelviennes. — M. Hallopeau. Il y a un contraste entre la taille gigantesque du malade et ses attributs nettement accentués de féminisme, il n'y a rien chez lui de la gracilité habituelle chez ces sujets : le féminisme est caractérisé chez lui par l'absence de barbe, le développement considérable des glandes mammaires et l'extrême petitesse des organes génitaux, ceux-ci ainsi que le bas ventre étant le siège d'énormes dilatations variqueuses simulant la tête de méduse ; il y a lieu de se demander si la composition exercée par ces veines dilatées sur les canaux déférents et sur les nerfs des testicules n'a pas été la cause probable de leur atrophie, laquelle aura entraîné à sa suite le féminisme.

MM. Hallopeau et Tostivint présentent un malade atteint d'une syphilis et d'une tumeur buccale d'apparence épithéliomateuse ; un traitement d'épreuve a été institué et produit une amélioration appréciable.

Dr Barbe.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 février 1899. — Présidence de M. Jullien.

La séance est ouverte à 4 h. 25. Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

Correspondance imprimée : Revues et journaux habituels ; bulletin de la Société académique de Brest.

Correspondance manuscrite : 1° lettre de M. Leudet, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ; 2° lettre de M. le Dr Brocchi (de Paris), demandant communication des statuts de la Société ; 3° lettre de M. le Dr Fretin, posant sa candidature comme membre titulaire. Parrains : MM. Polaillon et Dehenne ; 4° lettre de M. le Dr Roulland (de Niort), offrant son travail sur le traitement des cancers de l'utérus aux membres qui lui en feront la demande ; 5° lettre de M. le professeur Massalongo remerciant la Société d'avoir fait traduire son travail et M. Stassano qui a fait cette traduction.

M. Coudray fait une communication sur **l'antisepsie chirurgicale par propulsion d'agents divers (iodoforme, salol, etc.) à l'aide de chlorure d'éthyle Ipsilos avec présentation d'appareil** (Voir ci-dessus p. 97.)

M. Martha demande à M. Coudray s'il a fait des expériences sur les animaux.

M. Coudray a entrepris des expériences sur les chiens ; il ne croit pas que ces substances osseuses aient un rôle purement mécanique ; elles stimulent le tissu sain.

M. Ladreit de Lacharrière demande si cette méthode est douloureuse, car il croit l'eucalyptol assez corrosif.

M. Coudray répond que ce n'est douloureux qu'à haute pression : il fait remarquer qu'il ne cherche pas par ces projections à obstruer l'os comme un dentiste qui remplit une dent : il veut stimuler l'os.

M. Jullien insiste sur le grand intérêt que présente, au point de vue de l'antisepsie dermatologique, la méthode de M. Coudray : il croit cette méthode indiquée dans les lupus, les ecthymas. Pour les plaies opératoires, M. Jullien a employé cette méthode : il a traité une plaie frontale épouvantable chez une de ses malades de Saint-Lazare par ce procédé ; en quatre ou cinq jours tout fut fini. Il se promet de traiter des vieux ulcères par cette méthode.

M. Coudray a dit qu'il y avait peut-être eu en un de ses cas, soupçon d'empoisonnement ; pour lui, il n'a jamais

vu cela ; mais il croit que le fait pour la malade d'avoir senti un goût spécial dans l'arrière-bouche décèle nettement l'éucalyptol qui est absorbé très rapidement.

Il a essayé cette méthode dans les syphilides ; depuis longtemps il employait en badigeonnages la *traumaticine au calomel* chez les malades réfractaires aux piqûres ; il se promet de pulvériser de l'ipsilos au calomel, mais la formation de ce produit présente des difficultés ; en attendant, il a pulvérisé de l'iodoforme eucalyptolé chez une de ses malades. et il a obtenu la guérison d'une éruption syphilitique.

En terminant, il demande — en ce qui concerne les ostéopathies — si en substituant des pulvérisations d'os frais on n'aurait pas de meilleurs résultats.

M Coudray dit que cela est possible ; car il est au début de ces études ; jusqu'à présent, la pulvérisation de son mélange osseux lui a donné les meilleurs résultats ; mais il pourrait se faire qu'une modification des substances introduites donnât des résultats meilleurs encore.

Discussion sur la communication de M. Antonelli (stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis acquise). — M. Millée. — Ce n'est point à proprement parler pour prendre part à la discussion sur les « stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis acquise » que je demande la parole ; mais bien plutôt sur les stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire. J'ai pris des engagements que je veux tenir. Dans mon rapport sur la candidature du Dr Antonelli, j'ai dit que mon attention n'avait pas été suffisamment appelée sur cette question des stigmates ophthalmoscopiques, et à une question de notre distingué collègue, M. Dubuc je crois, j'ai répondu que je ferais part dans une réunion prochaine de mes observations à la Société sur cet intéressant sujet. Je veux tenir ma promesse. M. Antonelli a bien voulu me préparer à l'étude des stigmates qu'il indique en me montrant plusieurs de ses malades, et en confirmant un diagnostic que je venais de porter sur une malade à moi, qui se trouvait chez moi quand il est venu me voir et qui était une héréditaire accusée, sans doute possible d'ailleurs. Depuis, j'ai pu, grâce au nombre considérable de malades qu'il m'est permis d'examiner dans deux des plus importants services de Paris, me convaincre qu'il était possible le plus souvent de déceler la syphilis héréditaire grâce aux stigmates rudimentaires du Dr Antonelli. Aujourd'hui même, je viens de le signaler à notre collègue, chez un malade astigmate hypermétrope fort, dont les papilles pouvaient sembler atteintes d'une lésion grave même à des oculistes exercés, et qui, par le fait de la qualité de ses yeux et de quelques détails de son apparence extérieure, me faisait supposer un « héréditaire » : j'ai cherché et trouvé les stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires, en même temps que mon interrogatoire ne me laissait aucun doute sur l'hérédo-spécificité du malade. Je pense donc, Messieurs, que lorsqu'on voudra, on trouvera ces stigmates rudimentaires, et que même il faudrait mettre de la mauvaise volonté pour ne pas les trouver et n'en pas tenir compte.

M. Antonelli. — Je remercie M. Millée de l'empressement et de la forme aimable avec lesquels il vient aujourd'hui ajouter sa confirmation à celles d'autres confrères s'étant occupés de l'étude de mes *stigmates rudimentaires*. Le cas auquel il a fait allusion rentre dans le genre de ceux que Nottbech a récemment étudiés, dans son mémoire sur la *pseudonévrite optique*. Une partie de ces cas est à considérer, sans doute, parmi les yeux porteurs de *stigmates rudimentaires* ; car, au lieu d'une *pseudo*-névrite, il s'agit de *vestiges* de névrite optique ayant déjà évolué, ne produisant pas de troubles fonctionnels, du moins manifestes, et ne présentant pas de modifications ultérieures. Nous connaissons bien l'aspect du fond de l'œil dans l'hypermétropie et l'astigmie considérables, pour pouvoir éviter cette cause d'erreur dans la recherche ophtalmoscopique des stigmates rudimentaires. En tout cas, puisque la *forme mixte* (papillaire et chorio-rétinienne en même temps), des stigmates est la plus fréquente, la présence des altérations pigmentaires, comme M. Millée vient de nous en donner un exemple, peut trancher la question.

En répondant aux intéressantes remarques de M. Jullien, je dirai, d'abord, que dès la première fois que je l'ai vu employer, dans son service à Saint-Lazare, un lorgnon bleu pour reconnaître l'*imprégnation* rudimentaire de la peau chez les syphilitiques, j'ai eu l'idée d'appliquer une méthode analogue à l'examen du fond de l'œil. Mais l'ophtalmoscopie à la lumière colorée ne m'a pas paru donner des résultats bien remarquables, et, en tout cas, le fond de l'œil se trouve dans des conditions anatomiques telles que tout artifice pour en observer les modifications pigmentaires serait inutile. La chorio-rétine représente, pour ainsi dire, un *réactif pigmentaire* exquis et admirablement placé pour nous montrer ses moindres altérations.

Mes stigmates représentent, en effet, comme notre honorable Président a bien voulu le dire, un élément précieux de diagnostic différentiel dans nombre de cas, pour nombre de questions, qu'il est facile de présumer. Quant à l'époque d'éclosion de la dystrophie pigmentaire du fond de l'œil, elle m'a paru rentrer dans les manifestations secondaires tardives, ou secondo-tertiaires, autant qu'il faut s'en tenir à cette classification. En tout cas, l'enfant hérédo-syphilitique peut venir au monde avec cadre pigmentaire péripapillaire très marqué, pigmentation grenue ou marbrée du fond de l'œil, etc. (j'en ai vu quelques cas, l'année dernière, à l'hôpital Saint-Louis et aux Enfants malades) et, quant à la syphilis acquise, mes observations concernent toutes, jusqu'à présent, des malades infectés depuis 2 à 20 ans au plus.

Les *rechutes*, auxquelles M. Jullien vient de faire allusion, établissent encore un rapprochement entre mes stigmates et les syphilides. Un œil porteur de *stigmates rudimentaires*, par hérédo-syphilis, à part le danger de la kératite interstitielle, court celui d'une chorio-rétinite diffuse ou en foyers, d'une papillite, d'une hémorrhagie soi-disant spontanée dans le vitré, etc. Ces *rechutes* arrivent souvent au moment de la puberté, comme j'en ai donné un cas typique dans mon mémoire de 1897, comme j'en ai vu quelques cas tout récemment. Les adultes font souvent, comme forme de rechute, ou pour mieux dire d'exacerbation, de la chorio-rétinite rudimentaire, une névrite séreuse avec ou sans glaucome secondaire. Il s'agit, alors, ou d'une manifestation très tardive de syphilis héréditaire, ou d'une manifestation moins tardive, mais aussi exceptionnelle, de syphilis acquise. L'examen de l'œil indemne, ou de l'œil moins malade, quand l'observation ophtalmoscopique est possible, assure le diagnostic étiologique grâce aux stigmates papillaires, vasculaires et pigmentaires.

Enfin, quant à la question de *nature* de mes stigmates, elle prête à toutes les discussions qui ont été faites au sujet

de la parasyphilis, et j'y ai touché dans plusieurs de mes publications récentes. En résumé, les vestiges de papillite ou de vascularite sont plutôt des stigmates directement syphilitiques, les altérations pigmentaires diffuses de la chorio-rétine sont plutôt des stigmates parasyphilitiques. Mais qui pourrait donc nous dire où la parasyphilis commence, la vraie syphilis lui cédant la place ? Et qui pourrait encore nous dire où le processus purement dystrophique est en jeu, sans trace de processus inflammatoire ou sclérotique ? Mais cela est plus ou moins artificiel ; je considère l'idée de la parasyphilis plutôt comme une sorte de concession, faite par le maître qui l'a développée, à ceux qui voudraient trouver, dans les manifestations syphilitiques, une *spécificité* de forme clinique et anatomo-pathologique qui, en réalité, ne saurait pas être exigée au-delà de certaines limites. Il y a bien des gommes qui sont rebelles au traitement, tout comme une manifestation dite parasyphilitique ; il y a bien des cas, quoique exceptionnels, de manifestations parasyphilitiques guéries ou améliorées par le traitement spécifique. Rien n'est donc absolu, dans cette question comme dans bien d'autres, et les réserves à nos théories doivent être aussi nombreuses que les faits exceptionnels le sont, par rapport à ceux rentrant dans la règle. Les stigmates pigmentaires du fond de l'œil, en tout cas, ne semblent pas être influencés par le traitement spécifique ; car, notamment dans la syphilis acquise, je les ai vus évoluer malgré le succès du traitement à l'égard d'autres manifestations concomitantes, de la part de l'œil même ou d'autres systèmes.

M. Millée croit que la pigmentation datant déjà de quelque temps ne rétrocède pas ; on peut cependant, au début d'une affection, observer la diminution ou même la disparition de la pigmentation pathologique du fond de l'œil. Il cite une observation toute récente où il lui a été donné de constater ce phénomène auquel il vient de faire allusion.

M. Jullien veut envisager surtout la découverte de M. Antonelli, — car c'est bien une découverte — au point de vue de la pathogénie de la syphilis.

Dans la période silencieuse de la syphilis, comment peut-on la déceler ? On peut le faire, grâce au phonendoscope, par l'examen de la rate ; quelquefois, dans les premières périodes de la syphilis, par l'exagération des réflexes, mais c'est très passager. De même les ganglions, au bout de trois ou quatre ans, peuvent revenir à la normale. Un des meilleurs signes est la *peau imprégnée* ; grâce au lorgnon bleu, il a pu montrer la ténacité des syphilides cutanées qui laissent leurs traces très longtemps, si bien que les nouvelles poussées dans le cours de la première année de l'infection lui semblent le plus souvent n'être qu'une exacerbation des anciennes.

M. Antonelli a mis — et les syphiligraphes doivent l'en remercier vivement — un nouveau signe de diagnostic de la syphilis entre nos mains. Mais il est intéressant de savoir quand on peut voir ces signes. Sont-ils une manifestation de la syphilis ou de la parasyphilis ? Jusqu'à présent, l'anatomie pathologique de la syphilis se résumait en un unique processus qui, commençant par l'infiltration, aboutissait à la résolution, à la gomme ou à la sclérose. Tout l'ensemble des accidents secondaires ou tertiaires répondait à ce signalement. Mais il n'en était pas de même de quelques affections qui, paraissant cliniquement dépendre de la syphilis, s'en écartaient cependant au point de vue du processus anatomique et du traitement, par exemple le tabes et la paralysie générale.

En 1894, Fournier a créé pour ces manifestations une nouvelle classe à laquelle il a donné le nom de *parasyphilitique*, ce qui veut dire qu'elles sont étiologiquement mais non morphologiquement dépendantes de la syphilis, qu'elles peuvent survenir sous l'influence d'autres infections, et enfin qu'elles résistent à l'action des spécifiques habituels. Il est assez probable qu'il s'agirait là d'un effet de la toxine syphilitique, tout différent de celui que produit le micro-organisme supposé, prévu, mais qui reste encore à trouver. Acceptons cette dénomination comme une étiquette encore un peu indécise, et peut-être provisoire. En tête M. Fournier place la *syphilide pigmentaire* ou mieux *dyschromique*. On sait qu'elle survient chez la femme, généralement sur le côté du cou, et sans avoir été précédée d'une autre lésion éruptive. Mais elle peut se répandre sur la poitrine, le pourtour des aisselles, les lombes, et même envahir la presque totalité de l'épiderme. Elle est observée chez l'homme d'une façon exceptionnelle.

Au point de vue anatomique, elle est caractérisée par une artérite avec épaississement considérable de la paroi (thromboses), et la teinte brunâtre serait due à la transformation du pigment sanguin extravasé. C'est là, comme on le voit, le pur processus syphilitique.

Cliniquement, la syphilide dyschromique a toujours passé pour un certificat de vérole, et les deux cas connus de pigmentations tuberculeuses ou gravidiques ne suffisent pas à lui enlever ce caractère d'exclusivisme.

Enfin, au point de vue thérapeutique, j'ai eu l'occasion d'insister sur les bons effets des doses persistantes de calomel, données en injection. On ne saurait donc accepter sans réserve la syphilide dyschromique comme un type des affections parasyphilitiques. A plus forte raison il en est donc de même des stigmates de M. Antonelli, puisque ce dernier les range parmi les syphilides dyschromiques, malgré leur égale fréquence dans les deux sexes.

M. Dubuc demande à M. Jullien s'il croit à la guérison des syphilides pigmentaires.

M. Jullien rappelle qu'il a présenté à la Société de dermatologie une malade guérie par les piqûres de calomel.

M. Tissier signale incidemment qu'il a vu des syphilitiques dans la période préataxique guérir, mais non récupérer leurs réflexes.

M. Jullien cite une malade qu'il a examiné avec M. Antonelli et qui, grâce à un traitement énergique, a vu tous ses accidents guérir, pendant qu'au contraire les stigmates rudimentaires du fond de l'œil acquéraient plus d'importance.

La séance est levée à 5 heures 45.

Le secrétaire annuel : Dr E. Albert-Weil.

SOCIÉTÉ MEDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

Séance du 27 décembre 1898. — Présidence de M. Valude

La correspondance comprend une lettre de candidature de M. P. Olivier, présenté par MM. Alibert et Natier : rapporteur, M. Monnier ; des lettres d'excuses de MM. Le Bec et de Bourgon, de ne pouvoir assister à la séance.

M. Monnier fait une communication sur l'emploi de la

radiographie dans les corps étrangers et les fractures : présentation de six photographies (sera publié).

M. Valude. Il est aisé de se rendre compte du plan où se trouve le corps étranger par deux photographies superposées. De plus en étudiant avec l'écran fluorescent le corps étranger, on apprécie assez facilement sa situation, ainsi que j'ai pu le voir chez un Espagnol qui, voulant se suicider, s'était tiré un coup de revolver dans la tempe. Le projectile, après avoir coupé les deux nerfs optiques, comme le démontraient la cécité et l'examen ophtalmoscopique, se voyait sur la paroi externe de l'orbite opposé à l'entrée de la balle.

M. Toledano. Chez un sujet qui s'était tiré une balle dans la région précordiale, on voyait très bien le projectile dans le poumon, sur une photographie prise suivant deux plans.

M. Monnier. Je n'ignore pas qu'on peut voir la situation exacte avec des photographies composites prises à l'aide d'appareils spéciaux, tels que ceux de M. Radiguet et de MM. Rémy et Contremoulin, ou encore à l'aide de la lanterne humaine ; il n'en est pas moins vrai que les simples radiographies ordinaires ne le donnent pas.

M. Natier communique un cas de corps étrangers (balle de fusil) ayant séjourné trente-cinq ans dans le pharynx (sera publié).

M. Monnier. Un plan de cette balle déformée était enchatonné dans la muqueuse pharyngée, tout comme la pièce de monnaie dans la muqueuse œsophagienne chez l'enfant dont je vous racontais l'histoire, au début de cette séance : c'est en effet le propre de toutes les muqueuses de s'ulcérer et de boursouffler au point d'appui des corps étrangers : puis, si le contact est suffisamment prolongé, elles se perforent ainsi qu'il advint chez la fillette dont je vous ai également parlé : un phlegmon chronique, une perforation d'une bronche, ou, ce qui est grave, de l'aorte, est donc une éventualité possible de l'évolution des corps étrangers œsophagiens.

M. Valude soumet au vote de la Société les deux propositions suivantes, qui réunissent l'unanimité des suffrages :

1° Se réabonner au journal la *France Médicale* qui s'engage à publier rapidement les communications de la Société;

2° Envoyer au Journal des Sociétés d'arrondissement, fondé par M. Genesteix, le compte rendu des travaux.

Le banquet annuel est fixé au samedi 4 février.

Le bureau, pour l'année 1899, est ainsi composé, après élection :

Président : M. Potherat ; 1er *Vice-Président* : M. Tennesson : 2e *Vice-Président* : M. Richardière ; *Secrétaire général* : M. Toledano ; *Trésorier* : M. Alibert ; *Secrétaires annuels* : MM. Monnier et Sottas fils.

La séance est levée.

Un des Secrétaires annuels,
M. Monnier.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Traitement des maladies des femmes par les sages-femmes. — Les sages-femmes sont-elles autorisées à pratiquer et annoncer le traitement et la guérison des maladies des femmes ?

Aux termes de l'article 32, les sages-femmes ne peuvent s'occuper que des maladies dépendant de la grossesse et de l'accouchement, des accidents qui peuvent les précéder, les accompagner et les suivre et des moyens d'y remédier.

« *La sage-femme qui se livre habituellement au traitement des affections généralement désignées sous le nom de maladies des femmes, commet une infraction à l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, aux termes duquel exerce illégalement la médecine toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, prend part, habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales.*

« Le Tribunal,

« Attendu qu'aux termes de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, exerce illégalement la médecine, toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, prend part, habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales ;

« Attendu, par suite, que la sage-femme qui se livre habituellement au traitement des affections, généralement désignées sous le nom de maladies des femmes, commet une infraction à cette disposition de loi ; qu'en effet, sa qualité lui confère le droit de pratiquer l'art des accouchements ; que même ce droit est limité par les articles 4 et 16, § 2, de la loi susvisée, qui interdit aux sages-femmes d'employer des instruments et, sauf certains cas, de prescrire des médicaments ;

« Attendu qu'il résulte de l'instruction des débats et des aveux de la prévenue que celle-ci a, en 1896 et en 1897, à Lille, donné des soins à un assez grand nombre de femmes atteintes de maladies de l'utérus et de ses annexes ; qu'elle leur a fait subir un traitement prolongé ; qu'elle a ainsi commis le délit visé par la prévention ; qu'à tort, pour justifier sa conduite, elle se prévaut d'études spéciales ou d'aptitudes reconnues par des personnes compétentes ; qu'en effet, aux termes de la loi, le diplôme seul confère, à ceux qui en sont munis, le droit d'exercer la médecine ; que vainement aussi, elle invoque une tolérance généralement admise ; que cette tolérance pourrait constituer une circonstance atténuante, mais non faire disparaître le délit,

« Par ces motifs,

« Déclare la dame X... coupable, etc. » (*Tribunal correctionnel de Lille*, 20 août 1897).

Ce jugement vient donc à propos pour démontrer à la sage-femme, qui trop souvent empiète sur le domaine de la médecine, qu'elle n'est pas autorisée à pratiquer le traitement des maladies des femmes. Bien plus, elle ne peut annoncer ce traitement soit par voie de presse, soit par prospectus, soit par une enseigne (Tribunal de Toulouse).

Mais, si la sage-femme, qu'elle soit de première ou de seconde classe, ne peut employer des instruments dans les cas d'accouchements difficiles, a-t-elle le droit de prescrire et fournir des médicaments ?

En aucun cas, la sage-femme ne peut fournir des médicaments. Quant à ceux qu'elle peut prescrire, ils sont limités à deux, le seigle ergoté (Décret du 23 juin 1873) et le sublimé corrosif sous des formes déterminées par le décret du 9 juillet 1890. Les autres substances vénéneuses ne peuvent être prescrites que par les docteurs, les officiers de santé et les vétérinaires brevetés (Ordonnance du 29 octobre 1846, art. 5.)

Certaine accoucheuse stéphanoise dont les titres multiples (?) s'étalent pompeusement sur une plaque ruisselante, place Marengo, ferait peut-être bien de méditer ce jugement.

(*Bulletin de l'Union des syndicats médicaux*).

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — M. Hartmann, agrégé, est maintenu dans les fonctions de sous-directeur des travaux de médecine opératoire.

M. Brouardel est nommé doyen de la Faculté pour une nouvelle période de trois ans, à dater du 26 février 1899.

Hôpitaux de Paris. — Le jury du concours pour trois places de médecin est définitivement composé de MM. Joffroy, Cruveilhier, Barth, Moutard-Martin, Ménétrier, Merklen et Landrieux.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 9 février 1899, sont nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, pour prendre rang du 1er février 1899, et provisoirement dans l'ordre ci-après, les élèves de l'Ecole du service de santé militaire reçus docteurs en médecine, dont les noms suivent, qui sont pourvus d'un emploi de médecin aide-major de deuxième classe à l'Ecole d'application du service de santé militaire :

MM. Alix, Beaujeu, Billon, Blondeau, Blondel de Joigny, Blot, Boppe, Bouchart, Busy, Caillon, Chaudoye, Cochois, Comte, Cordier, Courvoisier, Daithuille, Debève, Delacroix, Delbru, Denaclara, Diénot, Ecochard, Fabre, Ga dit Gentil, Gautier, Gavard, Génévrer, Grenier de Cardenal, Gueytat, Hahn, Hochwelker, Humbel, Humbert, Janot, Jojot, Julié, Jullien, Kolb, Lannou, Laporte, Le Dantec, Le Guelinel de Lignerolles, Lexa, Lorentz, Malaspina, Mercier, Mordant, Morel, Moulin, Munaret, Ouin, Pigeon, Regnault, Rigourd, Robert, Rouchaud, Rouvillois, Savornin, Sirot, Sorel, Sousselier, Spire, Suttel, Tanton, Thouzellier, Trille, Uzac, Vennin, Vergue, Vorbe, Wurtz et Wyart.

Corps de Santé militaire. — Par décision ministérielle, en date du 31 janvier 1899, sont désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Coste, pour la division d'Oran ; — François, pour la division d'occupation de Tunisie.

MM. les médecins-majors de première classe Le Mitouard, Caujole et Colomb, pour la division d'occupation de Tunisie ; — Schmerber, pour la division d'Oran : — Brice, pour la division d'Alger.

— Par décision ministérielle, en date du 1er février 1899, ont été désignés :

MM. les médecins principaux de deuxième classe Hocquard, pour l'emploi de médecin-chef à l'hospice mixte d'Arras ; — Demandre, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Angers.

MM. les médecins-majors de première classe Landriau, pour l'emploi de médecin-chef à l'Ecole spéciale militaire ; Debrie, pour l'emploi de médecin-chef à l'hopital militaire de Briançon ; — Baur, pour le 157e d'infanterie : — Leprêtre, pour le 71e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Favier, pour le 147e d'infanterie ; — Renard, pour le 154e d'infanterie ; — Duponchel, pour le 36e d'artillerie ; — Salebert, pour le 13e escadron du train des équipages militaires ; — Bonnery, pour le 20e bataillon de chasseurs à pied ; — Brisse-Saint-Macary, pour le régiment de sapeurs-pompiers à Paris ; — Sagrandi, pour le 6e d'infanterie ; — Adriet, pour la division d'Alger ; — Manoha, pour le 4e cuirassiers ; — Cherpitel, pour le 2e bataillon de chasseurs à pied ; — Janot, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; — Albert, pour l'Algérie ; — Arnould, pour le 1er tirailleurs algériens ; — Ducurtil, pour le 14e bataillon de chasseurs à pied.

MM. les médecins aides-majors de première classe Merciolle, pour l'Algérie ; — Dettling, Tostivint et Vidal, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; — Rambaud et Faure, pour l'Algérie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Viry, pour le 13e d'artillerie ; — Bernard, pour le 47e d'infanterie ; — Coche, pour le 3e d'artillerie ; — Margerand, pour le 118 d'infanterie ; — Vincent, pour le 5e bataillon de chasseurs à pied ; — Imbert, pour le 136e d'infanterie ; — Thomas, pour le 157e d'infanterie.

Corps de santé de la marine. — Par décision ministérielle, en date du 6 février 1899, M. le médecin de première classe Chastanga a été nommé, après concours, pour cinq ans, à l'emploi de professeur de pathologie externe et d'accouchement à l'Ecole principale du service de santé de la marine à Bordeaux, en remplacement de M. le médecin de première classe Dufour, rattaché au port de Rochefort.

— Par décision ministérielle, en date du 6 février 1899, est nommé dans le corps de santé de la marine :

A l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe. — M. le Dr Georges, affecté au corps de santé des colonies.

M. le médecin de première classe Dufour, professeur à l'école du service de santé à Bordeaux, est affecté au port de Rochefort.

M. le médecin principal Cognes, réservé à Toulon pour un embarquement d'escadre, est destiné au cuirassé le *Jaubéguiberry* (escadre de la Méditerranée), en remplacement de M. le docteur Géraud, qui terminera le 16 de ce mois deux années de service à la mer.

M. le médecin de première classe Bonnescuelle de Lespinois, major au 5e régiment d'infanterie de marine à Cherbourg, passera, sur sa demande, au 4e régiment d'infanterie de marine à Toulon, en remplacement de M. le docteur Viancin, placé en non-activité pour infirmités temporaires

— Par décision ministérielle, en date du 31 janvier 1899, ont été nommés à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe dans le corps de santé de la marine, MM. les docteurs Vallet et Mongie, affectés au corps de santé des colonies.

— Par décret, en date du 10 février 1899, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de première classe : M. le docteur Vincent, médecin de deuxième classe, en remplacement de M. le docteur Lombard, admis à la retraite.

Les conserves avariées. — Le ministre de la Guerre vient de prendre l'arrêté suivant : Considérant que, malgré les mesures de sécurité successivement adoptées par l'administration de la guerre, des accidents d'intoxication se sont produits, à diverses reprises, à la suite de distributions de viandes de conserves faites aux troupes ;

Considérant qu'il importe d'arriver à une détermination rigoureuse des causes de ces accidents, afin de prendre les mesures propres à en empêcher le retour ;

Il est institué à cet effet, au ministère de la Guerre, une commission composée comme suit :

Président : M. le doyen Brouardel ; — Vice-président : M. l'intendant général Raizon ; — Membres : MM. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz ; le médecin-inspecteur Kelsch ; Duclaux, Moissan et Trasbot, de l'Institut ; — MM. les colonels Courbebaisse et Feldmann ; M. le sous-intendant militaire de première classe Jasseron ; — M. le médecin principal de première classe Vaillard ; — M. le pharmacien-major de première classe Bousson.

Société francaise d'ophthalmologie. — La prochaine réunion de la Société française d'ophthalmologie aura lieu cette année le lundi 1er mai, à 8 h. 1/2 précises du matin, à l'Hôtel des Sociétés savantes, en face de l'Ecole de médecine. — Prière d'envoyer, avant le 15 mars au plus tard, le titre des communications qu'on désirerait faire.

Le titre du rapport de cette année est le suivant :

« De la suppression du cristallin transparent. » M. Pfluger, de Berne, rapporteur.

S'adresser au secrétaire général, Duboys de Lavigerie, 56, rue de la Victoire.

Congrès français de médecine. — Le cinquième Congrès français de médecine s'ouvrira à Lille, le vendredi 28 juillet 1899, sous la présidence de M. le professeur Grasset, de Montpellier.

Les trois questions suivantes sont à l'ordre du jour du Congrès : 1° Des myocardites ; 2° des adénies et leucémies ; 3° l'accoutumance aux médicaments.

Ont bien voulu accepter de faire des rapports : Sur la 1re question, MM. Huchard, de Paris, et Renaut, de Lyon ; sur la 2e question, MM. Denis, de Louvain, et Sabrazès, de Bordeaux ; sur la 3e question, MM. Simon, de Nancy, et Heymans, de Gand.

Ces rapports seront imprimés et distribués, un mois environ avant l'auverture du Congrès, à tous les membres adhérents.

Tous les membres du Congrès sont, en outre, libres de faire des communications sur un point quelconque des sciences médicales.

Toute demande de renseignements peut être dès à présent adressée au Secrétaire général du Congrès, le Dr Combemale, 128, boulevard de la Liberté, Lille.

Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris. — La première séance de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris, a eu lieu le vendredi 3 février, sous la présidence de M. le Dr Hervieux, membre de l'Académie de médecine, doyen d'âge.

Le bureau pour 1899 est ainsi composé :

Président : M. Pinard.
Vice-président : M. Terrier.
Secrétaire général : M. Varnier.
Secrétaires annuels : MM. Baudrou, Legueu.
Archiviste : M. Patocki.
Trésorier : M. Champetier de Ribes.

MM. Hervieux, membre de l'Académie de médecine, F.-J. Hergott, membre correspondant de l'Institut, professeur honoraire à la Faculté de Nancy, Moussous, professeur honoraire à la Faculté de Bordeaux, ont été nommés membres honoraires.

Les réunions ont lieu à l'Hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente.

Ordre du jour de la prochaine séance : Des opérations pratiquées sur l'utérus au point de la grossesse et des accouchements ultérieurs.

La **Société française d'otologie et de laryngologie** se réunira le lundi 1er mai 1899, à 8 heures du soir, au Palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins, Paris.

Le titre des communications devra être adressé, avant le 15 avril, au Secrétaire général, le Dr Joal, 17, rue Cambacérès.

A sa dernière session, la Société a mis à l'ordre du jour de sa prochaine réunion la discussion des questions suivantes : 1° de l'anosmie, rapporteur ; M. Collet ; 2° les épreuves de l'ouïe, rapporteur : M. Bonnier.

Journaux de médecine. — Nous avons le regret d'annoncer la disparition de la *Revue du praticien*, journal créé récemment par notre confrère le Dr Albert Leblond, médecin de Saint-Lazare et qui se proposait de fonder avec ses bénéfices une maison de retraite pour les deshérités de la profession médicale.

Nous recevons le premier numéro de l'*Intermédiaire des biologistes et des médecins*, journal mensuel publié par le Dr Hallion, ancien interne de hôpitaux de Paris.

Nécrologie. Le Dr Roux, de Bordeaux, reçu en 1892. — Le Dr Dauzat, de Saint-Etienne-au-Clos (Corrèze), reçu en 1875. — Le Dr Vialaneix, d'Egletons (Corrèze), reçu en 1852.

Chemins de fer de Paris à Lyon et a la Méditerranée. — *Semaine sainte à Rome.* — Train à prix réduits de Paris à Rome : 2e classe : 103 fr. 3e classe, 67 fr. (aller et retour). — Aller : départ de Paris, le 27 mars à 2 h. 10 soir (trajet direct). — Retour : dans un délai de trois semaines par tous les trains comportant des voitures de la classe du billet. — Cinq arrêts facultatifs permettant de visiter Turin, Gênes, Pise, Florence et Sienne. — Billets délivrés, à dater du 10 février, à la gare de Paris P.-L.-M., dans les bureaux succursales de la Compagnie, dans les agences spéciales et dans toutes les gares et stations de la Cie du Nord.

Nota. — On trouvera à Rome des billets spéciaux d'aller et retour pour Naples. Prix : 1re classe, 42 fr. 15. 2e classe : 29 fr. 50. 3e classe, 18 fr. 55.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

On the treatment of deficient excretion from kidney, not organically diseased, par le Dr Duncan Bulkley, in-12 9 p., New-York, 1898.

Hereditary syphilis, par le Dr Duncan-Bulkley, in-12, 16 p., New-York, 1898.

L'exercice de la médecine et le charlatanisme, par le professeur P. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, président du Comité consultatif d'hygiène, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, 1899, 1 vol. in-8, de 564 pages, 12 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie, Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

SACCHAROLÉ de quinquina **VIGIER**, 1 cuillerée à café au repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

aris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*